

## ÉTILOGIES DES HYPOCHROMIES ACQUISES EN MILIEU DERMATOLOGIQUE

### Etiology of acquired hypochromic patches in Dermatological area in Mali

Siritio BERTHE, Ousmane FAYE<sup>1,2</sup>, Bakary BAGAYOGO, Adama DICKO<sup>1,2</sup>, Pierre TRAORE<sup>1</sup>, Karim COULIBALY<sup>1</sup> and Somita KEITA<sup>1,2</sup>.

1. Service de Dermatologie, CNAM Ex Institut Marchoux. BP: 251 Bamako, Mali. Faculty de Medicine, Université de Bamako

Adresse pour correspondance: Docteur Ousmane FAYE Service de Dermatologie, Université de Bamako CNAM Ex Institut Marchoux BP: 251 Bamako (Mali) Email: faye\_o@yahoo.fr

### RÉSUMÉ

**Introduction** : Parmi les troubles pigmentaires rencontrés chez les sujets à peau noire, l'hypochromie encore appelée tache claire est sans doute la plus affichante. Peu d'études ont été effectués en milieu spécialisé. Le but de ce travail est d'étudier les étiologies hypochromies en milieu dermatologique à Bamako.

**Méthodes** : Nous avons mené une enquête transversale descriptive sur les étiologies des hypochromies acquises dans le service de Dermatologie du centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM, Ex Institut Marchoux). L'hypochromie était définie par la présence d'une lésion plus claire que la peau avoisinante et dont le diamètre était supérieur à 1 cm. Le diagnostic était essentiellement basé sur l'examen clinique.

**Résultats** : La prévalence des taches hypochromiques était de 3,42%. Les principales étiologies étaient la dermatite séborrhéique (23,3%), les eczématides (20,15%), le vitiligo (18,9%), le pityriasis versicolore (18,5%) et la lèpre (12,6%).

**Conclusion** : Les étiologies des taches claires sont multiples et peuvent en cacher parfois une lèpre qui bien que de plus en plus rare, reste une maladie encore présente en milieu dermatologique.

**Mots clés** : Hypochromie- tache claire -Troubles pigmentaires – Etiologies – Peau noire

### ABSTRACT

**Introduction** : In dark skin patients, hypopigmentation is the most disfiguring condition. Very few studies on hypochromic disorders have been conducted in specialized health centers. The present study is aimed to describe the etiologies of hypochromic patches in dermatological area, in Bamako.

**Methods** : We carried out a cross sectional study in the Dermatology Clinic of the " Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM, Ex Institut Marchoux)". All acquired hypochromic patches (HP) were selected. HP was defined as a "skin patch lighter in pigmentation than normal surrounding skin with a diameter of at least 1 cm". The diagnosis was mainly based on clinical findings.

### Results :

The prevalence of HP was 3.42% and the main causes were seborrheic dermatitis (23,3%), pityriasis alba (20,15%), vitiligo (18,9%), pityriasis versicolore (18,5%) and leprosy (12,6%).

**Conclusion** : There are many causes of HP including leprosy, a disease though rare to date, but still prevalent in dermatological area.

**Key words**: Hypochromic patch - pigmentary disorders – causes – Black skin

### INTRODUCTION

Parmi les troubles pigmentaires rencontrés chez les sujets à peau noire, l'hypochromie ou tache claire est sans doute la plus affichante (1). Il s'agit d'un motif fréquent de consultation puisqu'on retrouve chez 4% des enfants dans certaines populations (2). Les principales étiologies sont représentées essentiellement par des affections banales comme le pityriasis versicolor, les eczématides (3). Plus rarement, il peut s'agir d'affections graves comme la sarcoïdose ou le mycosis fongoïde (4). En milieu tropical, une étiologie autrefois fréquente, actuellement en recul du fait de l'efficacité de la Polychimiothérapie et des campagnes de lutte, est représentée par la lèpre. Le diagnostic de cette affection qui en toute logique doit être le plus précoce possible afin d'éviter les complications neurologiques, nécessite une bonne connaissance de l'épidémiologie des taches hypochromiques.

Dans une étude antérieure, nous avons évalué les étiologies des taches claires dans la population infantile dans la banlieue de Bamako (Mali). Le but de ce travail est de décrire les étiologies des hypochromies acquises en milieu dermatologique.

### METHODE

Nous avons mené une enquête transversale descriptive sur les étiologies des hypochromies dans le service de Dermatologie du centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM, Ex Institut Marchoux). L'enquête a porté sur l'ensemble des consultants vus en dermatologie de Janvier 2007 à Décembre 2008. Tout malade présentant une ou plusieurs lésions hypochromiques acquises était sélectionné pour l'étude. L'hypochromie était définie par la présence d'une lésion plus claire que la peau avoisinante et dont le diamètre était supérieur à 1 cm. Le diagnostic étiologique des lésions était essentiellement

basé sur l'examen clinique complété dans certains cas par un examen histopathologique. Tous les cas de naevus achromique et autres affections dermatologiques congénitales ont été exclues de l'étude. Pour chaque patient, les antécédents, les données sociodémographiques, cliniques ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info 6.04 fr.

## RESULTATS

Au total, 15468 malades ont consulté durant la période d'étude, parmi lesquels, nous avons recensé 530 malades présentant des taches hypochromiques soit une prévalence de 3,42%. Sur ces 530 malades, nous avons sélectionné 253 (48%) répondant aux critères d'inclusion (hypochromie acquise). L'âge de ces malades était de 37,7 ans  $\pm$  38 ans (figure 1). Ces malades se répartissaient en 138 hommes (54,5 %) contre 115 femmes (45,5%) soit un sex-ratio de 1,2. Soixante seize pour cent des malades résidaient dans la ville de Bamako. La proportion de malades ayant déjà tenté un traitement antérieur avant la visite était de 51% (129/253).. Les principales étiologies des taches claires étaient la dermatite séborrhéique (23,3%, 59/253), les eczématides (20,15%, 51/253), le vitiligo (18,9%, 48/253), le pityriasis versicolore (18,5%, 47/253) et la lèpre (12,6%, 32/253) (tableau I). La localisation céphalique était la plus représentée (29,4%, 75/253) (tableau II). Tous les cas de lèpre étaient des adultes âgés de 36 à 85 ans. Parmi eux, 5 étaient en état réactionnels et 1 était séropositif pour le VIH-1. Les eczématides étaient l'étiologie la plus fréquemment retrouvée chez les enfants de moins 11 ans comparativement aux autres (39/82 contre 0/171,  $P < 10^{-3}$ ). Aussi, le pityriasis versicolor était exclusivement l'apanage des adolescents de 16 à 25 ans (25/69 cas soit 35,21%).

## DISCUSSION

Le but de ce travail était de décrire les étiologies des hypochromies acquises en milieu dermatologique. Ce qui nous a amené à exclure de nombreux malades correspondant pour la plupart à des hypochromies héréditaires et artéfactiques en particulier celles liées à l'application volontaire de produits cosmétiques sur la peau. A noter qu'un petit nombre de malades n'ayant pas accepté de participer à l'étude a également été éliminé. Nos résultats sont comparables aux travaux antérieurs (2,5) effectués sur des populations infantiles vivant en milieu rural au Mali. Sur un total de 1729 enfants, la prévalence des taches claires était de 4,1% et les principales étiologies rapportées étaient essentiellement des affections banales comme

le Pityriasis versicolore (39%) et les eczématides (31%) (2). La cible préférentielle de ces deux affections telle qu'observée dans notre étude était identique à l'enquête effectuée en milieu rural dans la banlieue de Bamako. Notre étude était particulière par sa focalisation sur le milieu dermatologique et la prédominance de dermatoses inflammatoire comme la dermatite séborrhéique ou de pathologie posant un problème thérapeutique comme le vitiligo. L'absence de cas de sarcoïdose ou de mycosis fongoïde hypochromiant s'explique plus par la rareté de ces affections que par un problème diagnostique. Cliniquement, le mycosis fongoïde hypochromiant peut fort évoquer un vitiligo, mais l'aspect tumoral et la chronicité des lésions incitera à pratiquer un examen histopathologique qui confirmera le diagnostic (4) De même, une sarcoïdose à petits nodules peut facilement être pris pour une lèpre lépromateuse (1); l'absence d'atteinte neurologique et la négativité de la bacilloscopie redresseront le diagnostic.

De nombreux cas de lèpre y compris des formes réactionnelles et bacillifères frustes ont été dépistés dans notre étude. La fréquence relative de cette maladie théoriquement en recul, du fait que le Mali a déclaré avoir atteint le seuil d'élimination en l'an 2002, est, d'une part le reflet de l'activité traditionnelle lèpre de notre institution et d'autre part du rôle important que joue le dermatologue dans le dépistage de cette maladie. En 2009, le Mali a déclaré 242 cas de lèpre multibacillaire sur 346 enregistrés pour l'année, parmi lesquels, 7% étaient porteurs d'infirmité de grade 2 (9). Cette maladie constitue, encore de nos jours, un défi constant pour les agents de santé périphérique dont le faible niveau de connaissance dermatologique est souvent remis en question (6). Le parcours thérapeutique de nos malades témoigne de la difficulté qu'ont ces agents à prendre en charge les maladies de peau courantes : 50% des malades avaient déjà consulté dans des formations sanitaires non spécialisées et reçu des traitements antérieurs sans succès. Une simple formation dermatologique ciblant les dermatoses courantes et la lèpre pourrait améliorer leur niveau de compétence dermatologique (7,8) et participer à l'efficacité des services de santé.

## CONCLUSION

En milieu dermatologique, la dermatite séborrhéique, le vitiligo et la lèpre sont les principales étiologies des hypochromies acquises. Pour améliorer le dépistage de la lèpre, il est nécessaire de former les agents de santé périphérique à reconnaître cette maladie et surtout d'en faire la différence avec les

autres causes d'hypochromie. Le dermatologue occupe une place de choix dans cette tâche.

## REFERENCES

1. Faye O. Diagnostic des hypochromies localisées sur peau noire. Ann Dermatol Venereol 2006; 133 : 877-84.
2. Faye O, Thiam N'diaye H, Keita S, Traore AK, Hay R, Mahé A. High prevalence of non-leprotic hypochromic patches among children in a rural area of Mali, West Africa. Lepr Rev 2005;76:144-6.
3. Canizares O, Harman RRM. Clinical Tropical Dermatology, second ed. Blackwell Scientific Publications 1992, Oxford.
4. Cordell N, Duval-Modeste AB, Courville P, Joly P. Mycosis fongoïde hypopigmenté. Ann Dermatol Venereol 2005; 132:4557.
5. Mahé A, Faye O, Thiam N'Diaye H, Ly F, Konaré H, Keita S, Traoré AK, Hay R. Definition of an algorithm for the management of skin diseases at primary health care level in sub-Saharan Africa. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005; 99:39-47
6. Faye O, Keita S, N'diaye HT, Konaré HD, Coulibaly I, Traoré AK, Mahé A et les Directeurs Régionaux de la Santé. Evaluation du niveau de connaissance des agents de Santé sur le diagnostic de la lèpre au Mali: Proposition pour l'avenir de la lutte anti-lépreuse. Mali Médical 2003 ; T XVIII(1,2):32-4.
7. Mahé A, Faye O, Thiam N'diaye H, Konaré HD, Coulibaly I, Keita S, Traoré AK, Hay R. Integration of basic dermatologic care into primary health care services in Mali through short training of general health staff. Bulletin of the World Health Organization 2005; 83:935-43.
8. Faye O, Hay RJ, Ryan TJ, Keita S, Traoré AK, Mahé A. A public health approach for leprosy detection based on a very short term-training of primary health care workers in basic dermatology. Lepr Rev 2007; 78:11-6.
9. WHO. Global leprosy situation 2010. WER 2010; 85: 337-348 available at <http://www.who.int/wer>

**Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge.**

Age (ans)	Fréquence	Pourcentage (%)
0 - 5	56	22,13
6 - 10	16	6,32
11 - 15	17	6,72
<b>16 - 25</b>	<b>69</b>	<b>27,30</b>
26 - 35	42	16,60
36 - 45	22	8,70
46 - 55	14	5,53
56 - 65	11	4,30
66 - 75	1	0,4
76 - 85	5	2
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100%</b>

**Tableau II : Répartition des patients en fonction de la localisation de la lésion.**

Siège	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Tête</b>	<b>75</b>	<b>29,64</b>
Tronc	19	7,51
Membres	23	9,09
Tête + Tronc	30	11,86
Tête + Membres	17	6,72
Tronc + Membres	24	9,49
Membres Diffus	65	25,69
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

**Tableau III : Répartition des patients selon l'étiologie**

Etiologies	Fréquence	(%)
<b>Dermatite séborrhéique</b>	<b>59</b>	<b>23,3</b>
Eczématide	51	20,2
Vitiligo	48	18,97
Pityriasis versicolore	47	18,55
Lèpre	32	12,6
Dermite des langes	5	2
Dermatophytie	2	0,8
Hypochromie lenticulaire idiopathique	2	0,8
Psoriasis	2	0,8
Lupus discoïde	1	0,4
Hypochromie séquellaire	4	1,58
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100</b>

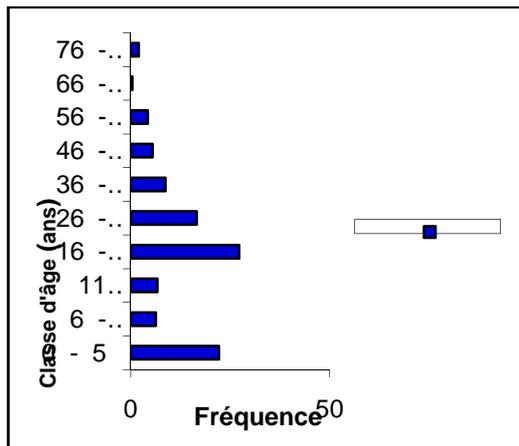


Figure 1 : Répartition des patients selon l'âge.



Figure 4 : Vitiligo : macules hypochromiques avec « aspect blanc laiteux »



Figure 2 : Dermite séborrhéique.



Figure 5 : Lèpre multibacillaire : Macules hypochromiques cuivrées et infiltrées du dos.



Figure 3 : Eczématides ou dartres : macules hypochromiques squameuses, « aspect de peau sèche »